FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1889, à 1 heure

Par André TOUCHALEAUME

Né à Saumur le 20 juin 1859

Ancien aide de clinique ophthalmologique à l'École de médecine de Nantes

---

ÉTUDE SUR LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DE LA CONJONCTIVE

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*

Juges : MM. HUTINEL, *professeur*. BALLET, TROISIER, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

comme l'objet de notre thèse inaugurale, pensant qu'il pourrait présenter quelque intérêt.

Rien n'est quelquefois difficile comme de dépister la première manifestation de la syphilis ; et pourtant, l'on comprend de quelle importance il est pour le médecin et de quel intérêt il est pour le malade d'être à même de surprendre l'infection syphilitique dès son début.

Aussi, croyons-nous utile d'insister encore aujourd'hui, après tant d'autres, sur l'importance de la connaissance des chancres extra-génitaux dont le chancre de la conjonctive n'est qu'un cas particulier. En effet, nous sommes persuadés que nombre de syphilis ignorées, dont on voit tout à coup les accidents tertiaires se développer avec tant de gravité, ne sont que des cas où le chancre, étant extra-génital, a passé inaperçu, soit du malade, soit du médecin lui-même.

Aujourd'hui, les chancres extra-génitaux sont bien connus, et il suffit de suivre pendant quelques mois les services de l'hôpital Saint-Louis pour en voir des exemples relativement fréquents.

D'après cette loi formulée par M. le professeur Fournier : « Le chancre induré syphilitique peut se rencontrer sur toute l'étendue de l'enveloppe cutanée ou muqueuse ».

On comprend que, suivant le siége de l'inoculation, on puisse le voir naître aussi bien au thorax, au coude ou au sein qu'à la langue, aux lèvres ou à la conjonctive, comme le cas dont nous allons nous occuper.

Mais avant, qu'il nous soit permis d'acquitter une partie de la dette de reconnaissance que nous avons contractée en-

vers notre respecté maître, M. le professeur Dianoux, dont nous avons pu apprécier l'enseignement pendant le temps trop court où nous avons eu l'honneur d'être son aide de clinique.

Nous sommes heureux de pouvoir offrir également à nos anciens maîtres de l'école de Nantes nos respectueux hommages.

UN CAS DE CHANCRE SYPHILITIQUE DU CUL-DE-SAC SUPÉRIEUR DE LA CONJONCTIVE.

Le nommé C..., âgé de 19 ans, sans profession, se présentait à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes le 14 mars 1886. Ce malade se plaignait de souffrir de son œil droit depuis environ 15 jours, et, voyant que son état ne s'améliorait pas, s'était décidé à venir consulter à l'hôpital.

Lors de son entrée, nous remarquâmes un gonflement considérable de la paupière supérieure droite, à tel point qu'il lui était impossible d'ouvrir spontanément l'œil. Mais, en considérant la paupière, on était frappé des caractères que présentait l'œdème. Ce n'était point là, en effet, le cortège habituel des inflammations aiguës de l'œil ou de la conjonctive ; la peau était rose plutôt que rouge, une sécrétion lacrymale un peu exagérée, mais point d'écoulement muqueux ou purulent.

Si l'on venait alors à interroger le malade au point de vue de la douleur, il vous répondait qu'il souffrait peu et que ce qu'il éprouvait était plutôt une sensation de gêne, de tension, qu'une douleur vive à proprement parler. Avant de procéder à un examen plus approfondi, regardant l'état de l'œil gauche, nous trouvâmes ce dernier sain et ne présentant aucune trace de lésions antérieures ; soulevant alors la paupière supérieure de l'œil malade, pour nous rendre compte de l'état de la conjonctive, et du globe oculaire, nous vîmes une conjonctive bulbaire légèrement injectée à la partie inférieure, mais présentant un chémosis à la partie supérieure. Pour

apercevoir cette partie de la conjonctive, il fallait faire regarder le malade fortement en bas, tandis qu'à l'aide d'un écarteur on soutenait la paupière supérieure.

La cornée était saine, son épithélium avait conservé son poli, rien n'était changé dans sa transparence.

La chambre antérieure était normale tant au point de vue de ses dimensions que de la limpidité de son contenu. L'iris réagissait bien à la lumière, elle avait conservé sa teinte et ne présentait pas de synéchies.

La vision était conservée, ce dont on pouvait se rendre compte en entr'ouvant les paupières à l'aide d'écarteurs. Voulant retourner la paupière supérieure pour explorer sa face postérieure et le cul-de-sac supérieur, la distension des tissus était telle que nous fûmes obligés d'y renoncer.

M. le professeur Dianoux, ayant fait donner un peu de chloroforme, parvint, sous l'influence de l'anesthésie, à retourner la paupière et à faire saillir le cul-de-sac supérieur. Nous nous trouvâmes alors en face d'une conjonctive rouge, œdématiée, mais lisse et présentant au niveau du cul-de-sac conjonctival, une ulcération de la dimension d'une toute petite amande, ayant son grand axe horizontal placé suivant l'axe du cul-de-sac. Cette érosion ne faisait point saillie sur le reste de la conjonctive, elle était de niveau avec la muqueuse environnante; son fond était uniforme, sa surface non villeuse et sans bords, de coloration rouge-chair musculaire au centre, elle était grisâtre à la périphérie. La sécrétion était presque nulle. Si l'on cherchait alors à prendre cette érosion entre deux doigts, de façon à la saisir suivant l'un de ses axes, on sentait manifestement, au niveau de la lésion et dans les tissus sous-jacents, une induration parcheminée rappelant l'in-

duration signalée dans les ulcérations syphilitiques primitives des organes génitaux. Si d'autre part, remettant la paupière en place, on cherchait à percevoir l'induration à travers la peau, on y parvenait également quoique moins nettement.

En présence de cette affection, on était naturellement conduit à chercher l'état des ganglions de la région ; or, si l'on explorait la région préauriculaire, on trouvait à ce niveau un petit ganglion, du volume d'un gros pois, unique au-devant de l'oreille, dur, roulant sous le doigt et indolent ; mais, si d'autre part, on cherchait au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, on en sentait deux autres durs et volumineux.

Tel était le résultat de l'examen de l'œil de ce malade.

Interrogé sur l'origine de sa lésion et sur la possibilité d'une contamination directe, le malade croyait pouvoir en rapporter la cause à un baiser sur l'œil.

Mais, étant donné le sujet, il est permis d'émettre des doutes sur la véracité de ses affirmations.

Ce malade était âgé de dix-neuf ans, sans profession avouable et sans domicile ; parcourant les campagnes durant l'été, et revenant vivre d'expédients à la ville à l'approche de l'hiver.

Il n'avait jamais connu son père ; quant à sa mère, elle était morte quelques années auparavant, mais il ignorait de quelle maladie.

Il se rappelait avoir eu autrefois une rougeole dans son enfance, puis, à l'âge de seize ans, une blennorrhagie.

Un examen minutieux du corps de ce malade ne révélait rien de suspect au point de vue de la syphilis.

Rien aux organes génitaux ; les ganglions inguinaux étaient normaux.

Point de fissures suspectes à l'anus ; la bouche et le pharynx étaient dans un état d'intégrité parfaite.

Rien du côté des poumons pouvant laisser croire à la tuberculose.

Sa dentition était belle, le squelette ne portait point les marques du rachitisme ni de la syphilis héréditaire.

L'urine ne contenait ni sucre ni albumine.

En présence de l'ensemble de symptômes que nous avons rapportés, M. le professeur Dianoux porta le diagnostic de chancre syphilitique du cul-de-sac supérieur de la conjonctive.

En conséquence, on institua de suite le traitement mercuriel :

Frictions à l'onguent napolitain ;

Gargarisme au chlorate de potasse.

Le chancre fut pansé à la pommade à l'iodoforme, et l'on appliqua sur l'œil des compresses imbibées d'une solution de sublimé.

Pendant la première semaine, on n'observa rien de bien particulier, cependant, vers le dixième jour de son arrivée, le malade constata une légère sécrétion muco-purulente qui disparut peu de jours après.

Le chancre n'avait augmenté ni de volume ni d'étendue.

La coloration grisâtre, qui, lors de l'entrée du malade occupait la périphérie, avait envahi le centre de l'ulcération, de telle sorte que la coloration rouge-chair musculaire du début avait disparu.

Les choses étaient dans cet état, lorsque nous remarquâ-

mes le vingtième jour de l'entrée du malade, sur le tronc, le ventre et les bras, une roséole confluente qui donnait au corps de ce jeune homme un aspect tigré.

Le malade se plaignait alors de courbature et de douleurs dans les jambes.

Nous étions bien en présence d'un chancre syphilitique de la conjonctive, les accidents secondaires venaient donner raison au diagnostic.

Le 24 avril. — La lésion initiale étant guérie, le malade voulut sortir de l'hôpital, conservant encore une induration manifeste de la paupière, quoique celle-ci eut notablement diminué.

Nous eûmes ensuite l'occasion de le revoir un certain nombre de fois et nous pûmes constater que son œil n'était devenu le siége ni d'ulcérations secondaires conjonctivales ni d'iritis.

HISTORIQUE

Ricord a dit spirituellement en parlant du chancre de l'œil : « c'est un accident qui ne saute que rarement aux yeux ; et ce n'est pas, dans tous les cas, celui qui rend le plus ordinairement l'amour aveugle ».

Ce qui était vrai à cette époque l'est encore aujourd'hui. Le chancre syphilitique de la conjonctive est une lésion rare dont nous n'avons pu réunir dans notre thèse que dix-huit observations.

Pendant longtemps, on ne fit aucune distinction entre le chancre de la conjonctive et le chancre palpébral proprement dit : aussi, décrivait-on ces deux variétés sous le terme général de chancre de l'œil.

Les deux premières observations qui parurent sur ce sujet remontent au milieu de ce siècle, à l'époque de la publication du *Traité des maladies des yeux* de Desmarres.

La malade qui fait le sujet de la première observation ne put être suivie que pendant trois jours, aussi manque-t-elle à nos yeux de cette vérification, si importante, que l'apparition des accidents secondaires vient apporter à ces sortes de diagnostics. En revanche, la seconde observation de Desmarres, est beaucoup plus complète, la malade fut suivie pendant plusieurs mois, et l'observateur put voir évoluer, durant ce temps les manifestations secondaires qu'elle présenta.

Jusqu'en 1872, la littérature médicale ne possédait que

ces deux observations. A cette époque, M. Galezowski publia dans le *Journal d'oculistique* un nouveau cas de chancre conjonctival, situé à la partie interne et supérieure de la conjonctive palpébrale. Ce cas, en dehors de sa localisation spéciale, présentait encore une particularité intéressante, il avait été suivi d'un symblépharon qui nécessita l'opération.

A partir de cette époque, le nombre des observations se multiplia; l'attention des observateurs était attirée sur ce sujet, et l'on vit, tant en France qu'à l'étranger, publier, presque chaque année, une nouvelle observation.

Sturgis, dans *The american journal of medical sciences*, en rapporta en janvier 1873 une quatrième observation, dans laquelle l'auteur nous montre combien il est souvent difficile, malgré d'attentives recherches, de découvrir la cause de l'infection.

En 1874, M. Fano fit paraître dans le *Journal d'oculistique et de chirurgie* du 25 mars 1874, une observation, dans laquelle le chancre s'était développé sur la conjonctive bulbaire.

Ce siége est rare, et, à ce sujet nous crôyons devoir rappeler le cas signalé par M. de Wecker où le chancre siégeait sur le bord de la cornée; mais ici, nous sortons de la conjonctive et c'est pourquoi nous n'avons pas rapporté cette observation.

M. Savy, dans une thèse fort intéressante intitulée : *Tumeurs de la conjonctive*, et soutenue en 1876 devant la faculté de Paris, vint apporter une nouvelle observation de chancre conjonctival.

Ce cas, observé par M. le professeur Fournier dans sa clientèle privée, offre à nos yeux une importance capitale ; d'une part, parce que l'observation fut prise par M. le pro-

fesseur Fournier dont on connaît la compétence en ces sortes d'examens; et d'autre part, parce que le sujet, étant médecin, put fournir des renseignements fort utiles pour le diagnostic.

La même année, M. Dietlen dans sa thèse (d'Erlangen) rapportait l'observation d'un médecin ayant contracté un chancre du repli falciforme en soignant une femme syphilitique.

Charles Stedman Bull, dans *The american journal of medical sciences* 1878, écrivait un article fort intéressant sur la syphilis conjonctivale où il rapportait un cas de chancre conjonctival qu'il venait d'observer.

En 1879, l'*Union médicale* publiait un cas de chancre du repli semi-lunaire dû à M. Boucheron.

Dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1879-80, parut un cas de chancre syphilitique de la conjonctive dont l'observation avait été prise par M. Hulot.

L'année suivante, M. Richon, médecin-major de première classe, publiait à son tour, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1881, une intéressante observation de chancre conjonctival. Ce médecin eut la bonne fortune de voir naître sous ses yeux l'ulcération, et put la suivre pendant toute la durée de son évolution.

En 1884, dans les *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, MM. Lavergne et Perrin faisaient paraître une série d'observations de chancres extra-génitaux, recueillies dans le service de M. le professeur Fournier. Parmi ces observations, se trouvaient deux cas de chancre de la conjonctive que ces Messieurs avaient eu l'heureux hasard d'observer dans la seule année de 1883.

David Debeck fit paraître dans un journal étranger un travail sur la syphilis des paupières ; travail dans lequel l'auteur rapporte une observation d'un chancre de la conjonctive qu'il eût l'occasion d'observer. Cette publication, analysée dans les *Annales de syphiligraphie* de 1887, fournit l'occasion au rapporteur de citer un cas observé par lui à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Enfin, M. Nivet, dans sa thèse inaugurale, venait cette même année enrichir la science de deux nouvelles observations recueillies dans le service de M. le professeur Fournier.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie du chancre conjonctival est difficile à découvrir dans la plupart des cas. C'est là un mystère que, vu la nature de la lésion et sa localisation, les malades n'aident guère le médecin à éclaircir. Cependant, on peut signaler un certain nombre de causes qui doivent être invoquées avec raison, comme ayant été l'origine de l'infection. Le sexe a peu d'importance : en effet, si nous nous basons sur les observations citées dans notre thèse, nous voyons que le nombre des femmes est sensiblement égal à celui des hommes.

L'âge joue un rôle plus considérable dans l'étiologie du chancre de la conjonctive ; et, comme on devait s'y attendre, les adultes sont plus souvent atteints que les vieillards. Les enfants n'en sont pas exempts, puisque nous rapportons plus loin l'observation d'un enfant de 22 mois, celle d'un autre enfant de 2 ans, et enfin une troisième d'un jeune garçon de 14 ans.

De même que les verriers sont exposés, par le fait de leur profession à contracter la syphilis buccale ; de même aussi, les médecins et les sages-femmes semblent plus exposés au chancre conjonctival et, relativement à leur petit nombre, en être plus fréquemment victimes.

On a fait jouer un grand rôle à la sputation comme cause de la contagion, c'est-à-dire à la pénétration dans l'œil de globules de salive appartenant à des syphilitiques.

En effet, il peut se faire que : dans les examens de la cavité

buccale ou pharyngée, le malade, dans un accès de toux, projette dans l'œil de l'observateur des bulles de salive ayant été en contact avec des plaques muqueuses.

Dans les examens des organes génitaux, ou durant l'accouchement de femmes syphilitiques, le transport du virus par les doigts peut être l'origine d'un chancre de la conjonctive.

A l'appui de cette opinion, nous citerons l'observation de H. Dietlen et un cas de M. le professeur Ricord. Dans cette dernière observation, le chancre était situé sur la peau de l'angle interne de l'œil, empiétant sur la conjonctive. Ce cas, bien que sortant un peu de notre cadre, est intéressant au point de vue étiologique, car le malade affirmait se souvenir d'une façon certaine s'être infecté l'œil en se frottant avec le doigt souillé de mucus vaginal.

On conçoit aisément qu'un nourrisson syphilitique, porteur d'ulcérations péri-buccales multiples, puisse contaminer la conjonctive de sa garde, comme dans le cas cité dans cette thèse. Si l'on songe au peu de précautions que prennent ces malheureuses, qui, souvent même, ignorant le danger qu'elles courent, se servent d'un mouchoir commun avec l'enfant qu'elles soignent, on s'étonne que cet accident ne soit pas plus fréquent.

En 1885, M. Baudry rapportait deux cas fort intéressants, au point de vue étiologique, de chancres du bord palpébral, s'étant développés secondairement sur la conjonctive.

M. Ledentu fut chargé de faire un rapport concernant cette question. Les sujets étaient deux enfants tous les deux atteints de blépharo-conjonctivites : La mère de l'enfant chez l'un, la sœur de la nourrice chez l'autre, leur inoculèrent la syphilis en détachant avec un mouchoir humecté de salive

les croûtes qui s'accumulaient sur le bord libre des yeux de ces enfants.

Dans un cas rapporté dans ce travail, le malade accusait les instruments d'oculistique, de lui avoir inoculé le chancre dont il était porteur. Le fait est possible, mais il doit être considéré comme exceptionnel étant donné la rareté de l'affection.

Les éponges et les objets de toilette sont susceptibles de transmettre la syphilis conjonctivale, ainsi que cela a été observé dans un cas où le chancre siégeait sur le bord palpébral et sur la conjonctive de la paupière inférieure.

Mais, de tous les modes de transmission de ce chancre, le baiser est assurément le plus fréquent : En effet, sur dix-huit observations citées dans notre thèse, dans le quart des cas, le baiser est invoqué par les malades comme la cause de l'infection.

SYMPTOMES

Le chancre syphilitique peut siéger sur tous les points de la conjonctive ; cependant, certaines régions de cette muqueuse paraissent en être plus fréquemment le siége.

Rare, au niveau de la conjonctive bulbaire, il diffère en cela des tumeurs gommeuses de la conjonctive qui siégent de préférence dans cette région. Le chancre conjonctival peut se développer au niveau des culs-de-sac supérieurs ou inférieurs, cependant le grand angle de l'œil et l'angle externe paraissent être les points le plus souvent atteints. L'ulcération naît souvent sur le bord libre de la paupière, et la conjonctive n'est envahie que secondairement. Ces cas, dont nous avons laissé de côté à dessein de nombreuses observations, doivent, suivant nous, rentrer dans la classe des chancres palpébraux.

On a rarement l'occasion de voir le chancre conjonctival à son début, car les malades ne viennent généralement consulter que lorsque la lésion est constituée. Cependant, dans les rares observations où il a été possible de suivre l'évolution de la lésion dès son origine, on a vu que le chancre commence par une saillie papuleuse de la conjonctive, saillie indolente qui bientôt s'ulcère et s'indure à sa base.

La présence sur la conjonctive d'une ulcération, l'existence d'une induration concomitante, et l'engorgement des ganglions, tels sont les trois symptômes principaux qu'il s'agit d'étudier en détail.

L'ulcération, suivant son siége, peut revêtir les dispositions les plus variées. Au niveau des angles, elle se présente comme une fissure ; sur la conjonctive palpébrale, elle revêt un aspect ovalaire ou circulaire ; au fond des culs-de-sac, l'ulcération prend la forme d'une rigole, dont le fond correspond au sommet du cul-de-sac, et dont les bords s'étendent sur la conjonctive bulbaire et palpébrale.

Mais, ce qui est encore plus important que la configuration de l'ulcération, c'est sa nature et sa constitution.

Le chancre conjonctival, et c'est là un point sur lequel j'insiste tout particulièrement, peut se présenter sous deux formes bien différentes. Tantôt, c'est une simple érosion de la muqueuse sans dépression sensible. Tantôt, au contraire, c'est une ulcération profonde à bords taillés à pic.

Entre ces deux termes extrêmes, on comprend qu'il peut exister toute une série de lésions intermédiaires se rapprochant, suivant les cas, de l'une ou de l'autre de ces formes. Je crois cette distinction de la plus grande importance, et si j'insiste sur l'existence de la forme érosive, c'est qu'il m'a été permis d'en observer un exemple, et que j'ai pu en recueillir un certain nombre d'observations.

Le chancre conjonctival peut se présenter sous divers aspects de coloration : tantôt il est grisâtre ; d'autrefois, au contraire, il offre une coloration rouge-chair musculaire ; enfin, dans deux observations, l'ulcération se présentait sous la forme d'une plaque d'un blanc sale.

L'indolence de l'ulcération est un des caractères fréquents de cette lésion, caractère que l'on trouve relaté dans maintes observations. Cette indolence est d'autant plus remarquable

que nul n'ignore la susceptibilité de la conjonctive et la photophobie intense qui accompagne ses moindres lésions.

Cependant, dans certains cas, les micro-organismes qui abondent au niveau des culs-de-sac trouvant une porte d'entrée au niveau du chancre irrité par le clignement et la sécrétion lacrymale, viennent développer dans la conjonctive une infection secondaire. Une véritable conjonctivite aiguë vient alors se greffer sur la lésion primitive, et, ainsi, s'expliquent les différences dans la symptomatologie que nous montrent les observations. En effet, dans un cas l'ulcération se présente sans douleur notable, sans réaction locale et avec sécrétion presque nulle ; tandis que dans un autre, le chancre s'accompagne de tout le cortège de la conjonctivite.

En général, l'ulcération une fois constituée demeure stationnaire pendant un temps qui varie de un mois à un mois et demi ; puis, au bout de ce temps, la cicatrisation s'opère sans laisser d'ordinaire de traces bien apparentes : c'est du moins la marche habituelle de l'affection. Mais, ainsi qu'il ressort d'un petit nombre d'observations, le chancre peut revêtir une marche ulcéreuse et détruire une partie des tissus qui l'environnent, laissant à sa suite des désordres plus ou moins graves, suivant le point de la conjonctive où siégeait l'ulcération. C'est ainsi que l'on a rapporté un cas de symblépharon et que l'on cite des cas d'oblitération des points lacrymaux. Dans ces cas, à marche destructive, il serait fort intéressant de rechercher l'alcoolisme chez les malades qui en sont victimes, car il est assez naturel de penser que la syphilis conjonctivale suit la même marche que celle des autres régions, où l'on sait combien est grave et maligne la syphilis chez les alcooliques.

Si l'on saisit entre deux doigts l'ulcération au niveau de sa base, on perçoit, suivant les cas, des sensations très variables ; tantôt, cette base est indurée, infiltrée, dure comme un caillou ; tantôt, au contraire, l'ulcération semble reposer sur un plan résistant que l'on peut cependant froisser entre les doigts, et qui donne l'impression d'une feuille de papier ou d'une carte de visite, suivant le degré de sa consistance. De là, ces dénominations d'induration parcheminée, papyracée ou foliacée que les auteurs ont données à ces sensations spéciales. Dans quelques cas enfin, l'induration demande à être recherchée et ce caractère n'est pas toujours facile à percevoir dans le chancre conjonctival.

Si la lésion siége au niveau du cul-de-sac supérieur, la difficulté peut devenir considérable pour sentir l'induration et, dans ce cas, il est bon d'employer successivement deux méthodes différentes.

On cherchera l'induration à travers la paupière supérieure laissée en place ; puis, si l'on parvient à la renverser, on saisira alors l'ulcération directement au niveau de sa base.

L'induration apparaît après l'ulcération syphilitique; mais d'ordinaire, elle lui survit pendant plusieurs mois. Dans un certain nombre d'observations, l'induration persistante a permis au médecin de retrouver le siége oculaire de l'accident primitif, alors que le malade venait consulter pour les accidents secondaires.

L'engorgement des ganglions suit de près l'apparition de l'ulcération; et, de même que l'induration, persiste après sa cicatrisation.

Le ganglion pré-auriculaire est pris d'ordinaire le premier, il est dur et indolent; son volume varie depuis celui d'un

petit pois jusqu'à celui d'une grosse olive ; dans aucun cas, on ne l'a vu suppurer.

Les ganglions cervicaux, et ceux de l'angle inférieur de la mâchoire peuvent se prendre également ; cependant, ils ne sont pas constants et n'ont rien de spécial au chancre de la conjonctive. Tandis que la présence d'un ganglion pré-auriculaire, peu de temps après l'apparition d'une ulcération, est pathognomonique du chancre de cette muqueuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du chancre conjonctival est difficile à porter, et, je crois qu'il serait même imprudent, dans certains cas, de vouloir l'affirmer sur le seul examen de la lésion.

Il faut faire auparavant une enquête minutieuse sur les antécédents du malade; et surtout, il faut observer le sujet pendant un temps assez long. Dans un petit nombre de cas, le diagnostic s'impose ; il suffit d'y penser. Mais, il faut bien savoir que : dans le plus grand nombre des observations, le diagnostic n'a été fait qu'après coup. Souvent, ce n'est que l'apparition des accidents secondaires qui vient lever tous les doutes ; mais, plus souvent encore, ces mêmes accidents secondaires sont les premiers indices qui permettent de diagnostiquer une ulcération conjonctivale, dont la nature était restée inconnue.

Certaines blessures de la conjonctive, et en particulier les brûlures faites par des substances ou des liquides caustiques, peuvent donner lieu à des ulcérations d'aspect varié, pouvant simuler un chancre syphilitique. Mais, dans ces cas les commémoratifs, l'absence d'induration et surtout d'engorgement des ganglions pré-auriculaires, sont autant d'éléments qui permettent d'éviter l'erreur. Chez les très jeunes enfants cependant, le diagnostic peut rester en suspens lorsque l'accident a passé inaperçu des parents eux-mêmes, et dans ce cas, l'absence ou l'apparition des accidents secondaires devient nécessaire pour se prononcer.

Il est bon de faire remarquer que, dans ces cas, la guérison de l'ulcération est en général plus rapide que dans les cas de lésions syphilitiques.

L'herpès de la conjonctive pourrait être confondu avec la forme érosive du chancre conjonctival ; mais dans le cas de l'herpès, l'élément douloureux prédomine, la photophobie est extrême, souvent la cornée est prise, mais les ganglions restent sains.

Certaines pustules de la conjonctive peuvent revêtir des formes anormales et, en s'ulcérant, ressembler à l'accident primitif de la syphilis. Ces pustules se développent de préférence chez les enfants lymphatiques, et siégent d'ordinaire sur la conjonctive bulbaire, localisation rare du chancre conjonctival. Elles sont douloureuses et entourées d'une injection vasculaire intense. Leur base est souple, non indurée, les ganglions de la région sont indemnes : de plus, si l'on vient à les traiter par la pommade à l'oxyde jaune de mercure, elles disparaissent d'ordinaire en quelques jours.

Il n'existe qu'un petit nombre de cas de pemphigus, de la conjonctive, cependant, nous croyons bon de rappeler en quelques mots les caractères par lesquels cette lésion se différencie d'avec le chancre de la conjonctive. Le pemphigus se présente sous forme de grosses bulles, auxquelles succèdent des ulcérations profondes que l'on pourrait prendre pour des ulcérations syphilitiques. Mais dans le pemphigus les ganglions sont sains, l'ulcération revêt une forme destructive et laisse à sa suite sur la conjonctive une cicatrice profonde : de plus, l'ulcération est unique d'ordinaire dans le cas de chancre syphilitique ; tandis que dans le pemphigus on trouve des ulcérations multiples.

Le chancre mou de la conjonctive, de même que celui de la face est exceptionnel. L'observation publiée par A. Després dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1866 est la seule que nous ayons pu retrouver, et encore cette observation nous semble discutable. Aussi, il nous paraît inutile de chercher à établir le diagnostic différentiel entre cette lésion et le chancre syphilitique

L'existence d'une tumeur ayant précédé l'ulcération, le siége de celle-ci au niveau du cartilage tarse, la profondeur de l'ulcération qui détruit et dépasse la conjonctive, l'intégrité des ganglions, tels sont les signes qui permettent de distinguer le chalazion ulcéré du chancre de la conjonctive.

Il est rare de voir l'épithéliome et le cancer débuter par la conjonctive, le plus ordinairement, ces tumeurs envahissent secondairement cette muqueuse, ayant eu pour point de départ, soit le fond de l'œil, soit les parties externes des paupières. Cependant dans un petit nombre de cas, on a vu la conjonctive au niveau du bulbe ou de la caroncule être atteinte en premier lieu. Dans ces cas, le diagnostic est souvent fort difficile à l'origine, car lorsque la tumeur a envahi l'orbite, le diagnostic entre le cancer et le chancre n'a plus lieu d'être discuté. Au début, la tumeur maligne de la conjonctive revêt la forme d'une élevure rouge, indolente, présentant à sa périphérie une striation vasculaire très marquée. A cette période, le diagnostic entre une pustule, une épisclérite et un chancre syphilitique à sa naissance est souvent impossible. La néoplasie demeure pendant quelque temps stationnaire ; puis bientôt, elle augmente de volume, elle prend alors une coloration rouge vineux, et s'ulcère à sa partie culminante. Le chancre a une évolution plus rapide, quelques jours seule-

ment séparent son début de son ulcération. La tumeur maligne présente une surface bosselée, irrégulière et saignante au moindre contact. A l'indolence de la première période succèdent de violentes douleurs. Les ganglions, précoces dans le chancre, n'apparaissent dans les tumeurs malignes que tardivement.

Jusqu'ici, nous avons cherché à établir le diagnostic entre le chancre syphilitique et les principales lésions dont la conjonctive peut devenir le siége. Il s'agit maintenant de rechercher les caractères qui distinguent l'accident primitif des accidents secondaires et tertiaires de la syphilis conjonctivale.

Les accidents secondaires sont rares sur la conjonctive et revêtent sur cette muqueuse le même aspect que sur les autres. Dans quelques observations cependant on a signalé l'existence de plaques, de couleur cuivrée, semblables à celles de la peau. Ici le diagnostic est relativement facile, car on ne trouve ni induration, ni ganglion. De plus, rarement la manifestation oculaire est isolée, elle est généralement accompagnée de plaques muqueuses buccales ou d'éruptions cutanées.

Les gommes de la conjonctive sont moins fréquentes que celles de l'iris, cependant MM. Sichel et de Wecker en ont rapporté des observations. On en trouve également des exemples dans le travail de Stedman Bull que nous avons cité précédemment. M. le professeur Fournier, dans sa collection du musée Saint-Louis, a fait représenter un beau cas de gomme de la conjonctive.

Lorsque la gomme n'est pas ulcérée, le diagnostic avec le chancre est facile, mais, il n'en est plus ainsi, quand la tumeur s'ulcère et prend l'aspect chancriforme.

La similitude de ces deux lésions est alors parfaite.

L'absence de ganglions permet seule de les différencier, mais il faut savoir que dans des cas très rares les ganglions peuvent se prendre et, dans ces cas, le diagnostic devient impossible si l'on s'en tient à l'examen local.

PRONOSTIC

Le pronostic du chancre conjonctival est favorable au point de vue de la lésion oculaire. En général, en deux mois l'ulcération est guérie ; et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'elle laisse à sa suite des déformations. Tout autre est le pronostic de la syphilis sur lequel nous n'avons point à insister ici.

CHANCRES DU CUL-DE-SAC INFÉRIEUR.

Observation I

Traité des maladies des 'yeux de Desmarres.

Madame G..., sage-femme, âgée de 30 ans, d'une constitution lymphatique, d'une bonne santé habituelle, bien réglée, n'a, nous assure-t-elle, jamais été malade, elle n'est pas sujette au rhumatisme et ne porte aucune trace de ganglions engorgés ou suppurés. Elle se présente à la clinique pour la première fois le 2 février 1852, son œil gauche est malade depuis quinze jours, la conjonctive palpébrale inférieure est très gonflée depuis cette époque. Il n'y a pas de douleurs et il n'en existe pas encore aujourd'hui. Sur le milieu de la conjonctive dans le cul-de-sac inférieur, on voit une tumeur un peu allongée du volume d'un pois vert environ et au sommet de laquelle il existe une ulcération à bords déchiquetés et taillés à pic, donnant un peu de pus. Cette tumeur allongée, disons-nous, fait corps avec la conjonctive sur laquelle

elle est couchée en forme de fuseau ; elle adhère complétement à la muqueuse. Elle offre absolument l'aspect que présenterait une ulcération spécifique primitive sur la muqueuse préputiale. L'œil est très rouge et secrète un peu, surtout la nuit (conjonctivite palpebro-bulbaire). Un ganglion pré-auriculaire volumineux de la grosseur d'une forte aveline, se fait sentir sous le doigt et vient à l'aide du diagnostic ; cependant, comme la malade n'a pas souvenir d'avoir accouché récemment des femmes infectées, et qu'elle affirme n'avoir pas eu de rapports suspects, je l'adresse à M. Ricord qui, après un examen attentif, me la renvoie avec le diagnostic suivant : chancre de la conjonctive, avec son adénopathie. Suivant le conseil de notre confrère et ami, je cautérise l'ulcération le 3 avec le nitrate d'argent ; le 4 au matin des sangsues sont appliquées sur le ganglion pré-auriculaire. Dans la soirée on administre un purgatif salin ; le 5 le ganglion est moins tuméfié, la tumeur conjonctivale n'a pas éprouvé de diminution. J'ignore comment s'est terminé ce cas, la malade n'étant pas revenue à la clinique.

Observation II

Cas observé par M. le Dr Alfred Fournier et publié dans la thèse de M. Savy.

Un de nos confrères me fait l'honneur de me consulter; à propos d'une éruption dont il est affecté depuis quelques jours. Cette éruption est manifestement une syphilide papuleuse de forme classique ; aucun doute ne peut être élevé à ce sujet. Cependant les organes génitaux sont sains et le malade affirme n'avoir jamais eu de chancre. Les ganglions inguinaux sont indemnes. Recherches faites sur les régions qui sont le plus habituellement le siége des chancres extra-génitaux, ces régions sont trouvées dans l'état le plus normal. Il devint bientôt évident que c'est sur l'œil et sur la

conjonctive que s'est produit l'accident primitif. D'abord, notre confrère se rappelle, ou croit bien se rappeler que, cautérisant un malade affecté d'accidents syphilitiques de la gorge il a reçu dans l'œil une gouttelette de salive, projetée par un effort de toux. De plus, quelque temps plus tard (il y a sept semaines environ) il commença à ressentir dans cet œil une légère douleur, laquelle s'accompagna bientôt d'une injection notable de la conjonctive. Ayant examiné à cette époque l'état des parties, il reconnut dans le cul-de-sac oculo-palpébrale inférieur l'existence de deux petites érosions rouges, superficielles, encore très petites. Ces érosions se sont depuis élargies, se sont réunies et ont constitué « une plaie » laquelle a persisté plusieurs semaines et est devenue l'origine de complications ultérieures à savoir : conjonctivite généralisée, avec kératite et même inflammation de l'iris. Combattues par un traitement approprié, les complications ont cédé et sont presque évanouies à l'époque où je suis appelé à voir le malade. A ce moment, il ne reste plus trace de l'érosion conjonctivale, cicatrisée depuis un certain temps. Une rougeur vive, d'un ton très sombre est seulement appréciable à ce niveau et s'irradie sur les parties voisines.

La conjonctive oculaire est encore notablement injectée.

La vision est un peu trouble: mais ce qui me frappe le plus, c'est l'existence, au point même qui a été le siége de l'érosion primitive, d'une induration parcheminée des plus nettes et des plus typiques. Cette induration d'abord est nettement circonscrite et s'arrête brusquement sans se confiner avec les tissus voisins. Elle présente l'étendue et la forme d'une amande à grand axe, dirigé horizontalement. De plus, elle offre au toucher une résistance tout à fait spéciale, rénitence sèche, élastique, comparable à celle du cartilage. On croirait qu'un disque de cartilage, épais d'un millimètre environ, double en ce point la paupière. En un mot, c'est un type, je le répète, d'induration chancreuse par-

cheminée, et il n'est guère douteux, d'après les données fournies par la seule exploration, qu'un chancre se soit produit en ce point, quelque insolite et bizarre d'ailleurs que puisse paraître cette localisation. Un autre signe, et celui-là très important, confirme cette manière de voir. Exactement au-devant de l'oreille, à un centimètre environ du tragus, se trouve un ganglion de la grosseur d'une petite olive, indolent, dur et mobile sous le doigt (bubon pré-auriculaire). En arrière du ganglion inférieurement on en trouve un second, un peu plus volumineux, également dur, indolent et mobile.

Tout s'accorde donc à confirmer le diagnostic d'un chancre conjonctival à savoir : commémoratifs, production d'une érosion quelque peu persistante ; persistance d'une induration caractéristique ; adénopathies symptomatiques, présentant le caractère habituel de l'adénopathie syphilitique ; apparition d'accidents de forme secondaire, exactement à l'époque où ces accidents ont coutume de se montrer à la suite du chancre. De sorte que, sans hésitation, je crois pouvoir exprimer à mon honorable confrère la double opinion suivante : 1° qu'il est affecté manifestement de syphilis ; 2° que, certainement aussi, cette syphilis a pris son origine dans un chancre parcheminé de la conjonctive oculo-palpébrale.

Observation III

Publiée par Stedman, Bull. *in the american journal of the médical sciences.* Octobre 1878. Traduite de l'anglais.

Le sujet était un jeune homme de 29 ans, assurant n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne et dont le corps ne présentait aucune trace de lésions antérieures. On ne put retrouver aucune cause de contamination, aussi l'origine de l'ulcération resta-t-elle inconnue.

Une semaine environ avant l'époque où je vis le malade pour la première fois, sa paupière inférieure devint rouge, œdématiée et douloureuse. L'œil laissait écouler une légère sécrétion muco-purulente qui venait s'aglutiner sur les bords de la paupière et au niveau des cils.

En renversant la paupière, on voyait au fond du cul-de-sac inférieur, à environ un quart de pouce de l'angle externe, une surface ulcérée, recouverte d'un enduit pultacé-grisâtre, à base indurée, et dont l'induration s'étendait à une certaine distance de chaque côté. L'ulcération irrégulièrement ovale, longue d'un demi-pouce dans son plus grand diamètre, remontait sur la conjonctive bulbaire très épaissie à ce niveau. Toute la conjonctive oculaire et palpébrale était fortement congestionnée, offrant l'apparence d'une conjonctivité grave. Le ganglion pré-auriculaire du côté correspondant était tuméfié et douloureux, et bientôt les ganglions parotidiens et sous-maxillaires présentèrent les mêmes symptômes. On diagnostiqua un chancre de la conjonctive, l'ulcération fut cautérisée et le malade fut soumis aussitôt à un traitement anti-syphilitique.

La lésion, suivant sa marche habituelle, fut guérie au bout d'environ trois semaines et l'engorgement ganglionnaire disparut graduellement. Neuf semaines après l'apparition du chancre, se montra sur la face et sur les bras une roséole, qui bientôt se généralisa. Quelques semaines plus tard le malade se plaignant de sa bouche, nous l'examinâmes et nous trouvâmes quelques plaques muqueuses sur la muqueuse buccale et une sur le bord de la langue ; toute hésitation au sujet de l'ulcération conjonctivale n'était dès lors plus possible.

Le malade fut pris dans la suite d'une iritis occupant un seul œil.

CHANCRE DU CUL-DE-SAC SUPÉRIEUR.

Observation IV

Publiée par MM. Fernand Lavergne et Léon Perrin dans les *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie* de 1884.

Le nommé X... Alfred, âgé de 27 ans, garçon de café, se présente à l'hôpital Saint-Louis, le 10 juillet 1883, adressé par M. Galezowski à M. le professeur Fournier. C'est un homme grand, d'aspect un peu strumeux. Il a eu des maux d'yeux dans son enfance, et a actuellement un peu de blépharite ciliaire de l'œil droit. Alcoolique, en raison de son métier, il est sujet aux pituites le matin ; il se grise assez fréquemment. Il y a cinq ans il a eu une blennorrhagie suivie d'orchite double. Vers la même époque, il contracte « un chancre » de la verge, mais ce prétendu chancre n'a duré que quinze jours et n'a été suivi d'aucun accident du côté de la peau ou des muqueuses. Le 13 juin dernier il s'est aperçut par hasard, d'une petite grosseur, placée en avant du lobule de l'oreille gauche. En même temps, l'œil du même côté était un peu rouge. Deux ou trois jours après il y eut du larmoiement. Les grosseurs devenaient plus nombreuses. Vendredi dernier le malade a consulté M. Galezowski, qui l'adresse à M. Fournier.

État actuel. — 10 juillet 1883, l'œil gauche est l'œil malade. La paupière supérieure est rouge, comme violacée, et sa convexité est exagérée. En le saisissant entre les extrémités des deux doigts, on constate aisément l'existence d'un noyau fortement induré, gros comme une pièce de 20 centimes, presque cartilagineux, adhérent au bord du cartilage tarse et se prolongeant en haut sous l'arcade orbitaire quand le malade ouvre fortement son œil. La paupière glisse facilement sur le globe oculaire. Si on la renverse, on voit que sa face muqueuse, au point qui

correspond à l'induration, est d'un rouge plus foncé que le reste de la muqueuse comme bleuâtre. En même temps elle est rugueuse, chagrinée. Indolence absolue, le globe oculaire est rouge, injecté comme dans la conjonctivite ordinaire. Photophobie et larmoiement très marqués. Une adénopathie considérable accompagne la lésion oculaire. Du lobule de l'oreille à trois centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire se trouve une série de ganglions superposés qui forment là une véritable chaîne ascendante. Ils sont, pour la plupart, placés dans le sillon, qui sépare le rebord du maxillaire, du sterno-mastoïdien. De haut en bas on en trouve : un au-devant du lobule de l'oreille, gros comme un haricot ; un autre comme une noisette, près de l'angle de la mâchoire ; au-dessus de celui-ci deux autres superposés comme un grain de millet. Les deux premiers sont séparés l'un de l'autre par un petit ganglion du volume d'une pièce de vingt centimes. Du côté droit on n'en trouve aucun. L'induration palpébrale, l'adénopathie, devaient nécessairement faire penser à un chancre de l'œil. Il est aujourd'hui cicatrisé, puisqu'on ne trouve plus sur la muqueuse palpébrale qu'une petite plaque brunâtre, correspondant exactement au siége de l'induration. Du reste ce qui rend ce diagnostic certain c'est la présence au niveau du thorax d'une roséole commençante. Les ganglions inguinaux sont pris. Pas d'autres accidents secondaires. Enfin, on ne découvre sur le malade aucune cicatrice qui puisse faire songer à des accidents spécifiques antérieurs. En outre, le malade nie avoir jamais eu mal à la gorge ou des éruptions sur le corps. Il ignore comment il a pu contracter ce chancre. Habituellement il a des rapports sexuels plusieurs fois par semaine, avec une femme qu'il connaît depuis un an et qu'il dit être saine. Mais au mois dernier, il a vu deux fois une autre femme, qui avait un bouton à la lèvre supérieure, près de la commissure labiale.

Traitement. — Deux pilules de proto-iodure de cinq centi-

grammes. Gargarisme au chlorate de potasse. Sirop de fer deux cuillerées. Bains et compresses de guimauve sur l'œil.

CHANCRE DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE.

Observation V

Publiée par M. Fano dans le *Journal d'oculistique et de chirurgie* du 25 mars 1874. Résumée par M. Varlomont dans le *Dictionnaire encyclopédique.*

L'observation d'ulcère syphilitique primitif de la conjonctive publiée par M. Fano est intéressante à plus d'un titre : l'ulcère conjonctival semble y avoir été la porte d'entrée — ô mystère ! — de la syphilis, qui s'est plus tard généralisé chez le patient. Celui-ci était tonnelier, âgé de 27 ans ; son œil droit présentait une injection de la conjonctive palpébrale. La conjonctive scléroticale formait, dans toute son étendue, un bourrelet œdémateux, parsemé en certains endroits d'un piqueté rouge.

A la partie inféro-interne de la conjonctive scléroticale, sur les confins de la circonférence cornéale, existait une plaque de couleur d'un blanc sale, en forme de quadrilatère, de l'étendue d'une forte lentille,complétement insensible au contact d'un stylet ; les parties voisines avaient au contraire conservé toute leur sensibilité tactile. La cornée était un peu nuageuse, au voisinage seulement de la plaque. Le sujet accusait une douleur permanente et très vive entre la paupière supérieure et l'œil. Il n'existait pas la plus petite ulcération sur les organes génitaux, pas d'écoulement uréthral. — Ce n'est qu'après un traitement expectant d'un mois que la nature du mal se révéla par la présence d'une syphilide papulo-squameuse ; un traitement spécifique en eut dès lors promptement raison. L'auteur insiste sur les caractères physiques de ce chancre primitif de la conjonctive scléroticale, chancre qui

se présentait sous la forme d'une plaque de couleur blanc-sale, insensible au contact, ayant les caractères d'une eschare de la conjonctive, offrant en un mot les signes physiques plutôt d'une gangrène limitée que d'une ulcération. L'aspect de tout le reste de la conjonctive scléroticale avait aussi quelque chose de particulier : c'était une injection peu prononcée, accompagnée d'un léger œdème.

CHANCRES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE.

Observation VI

Publiée dans la thèse de M. Nivet, 1887.

Le nommé V... âgé de 14 ans, entre le 3 décembre 1886, salle Saint-Louis, lit n° 18. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires, dans ses antécédents personnels, nous trouvons des maux d'yeux et une fièvre typhoïde. Enfin il nous dit que, de tout temps il a eu de grosses glandes au cou. Il y a trois semaines environ, son œil l'a picoté en même temps qu'il y avait du larmoiement et un certain degré de conjonctivite. Inquiet, il regarda et aperçut en abaissant la paupière inférieure, un petit bouton siégeant sur la conjonctive palpébrale, près de l'angle externe de l'œil gauche.

Quelques jours après, la paupière se tuméfiait, devenait violacée, et il se produisait en même temps une tuméfaction dure, mais tout à fait indolente des ganglions rétro-maxillaires. Quand il entre à l'hôpital, voici ce que nous constatons : la paupière inférieure de l'œil gauche est œdématiée à sa partie externe et légèrement rougeâtre. La conjonctive bulbaire, au niveau de l'angle externe, est hyperhémiée. En abaissant la paupière inférieure, on aperçoit la conjonctive palpébrale très rouge et présentant à sa partie externe une lésion exulcéreuse, du diamètre d'une grosse lentille,

sans bords très nets, et tout autour la muqueuse est rugueuse au toucher, comme chagrinée.

Au niveau de cette lésion, on sent à travers la paupière, un noyau dur. Adénopathie correspondante volumineuse, dure et indolente, rétro-maxillaire et sous-maxillaire.

Le retentissement du chancre ne s'est pas arrêté au premier groupe de ganglions, il a envahi toute la chaîne ganglionnaire du cou. Rien sur le corps. Diagnostic : Chancre infectant de l'œil. Les parents de l'enfant sont sains, nous les avons vus, ils nous donnent d'excellents renseignements sur leur fils et lui-même nous affirme que personne ne l'a embrassé sur l'œil.

Observation VII

(Thèse de Nivet)

Le nommé L..., âgé de 36 ans, cocher, entre le 2 décembre 1886, salle Saint-Louis, n° 61. Dans le courant du mois de septembre, le malade, ayant mal à l'œil se rendit à la consultation externe d'une clinique ophthalmologique; là on diagnostiqua « conjonctivite et rétrécissement du canal nasal ». Il fut soigné pour ces diverses lésions, lorsque les premiers jours de novembre, il eut une éruption de syphilides papulo-squameuses. La lésion oculaire loin de s'améliorer, allait de mal en pire et s'accompagnait, dès la fin de septembre, d'une adénopathie pré-auriculaire et rétro-maxillaire correspondante. Aussi, vers la fin de novembre on pensa à un chancre de l'œil et on l'envoya à M. le professeur Fournier, qui le reçut dans son service le 2 décembre.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous constatons ; syphilides papulo-squameuses sur le tronc, les membres et la figure. Quand on cherche l'accident primitif, on ne trouve rien ni aux organes génitaux, ni à l'anus, et pas trace d'adénopathie inguinale. Mais la paupière supérieure de l'œil gauche est tuméfiée, rouge-

violacé ; la tuméfaction dont elle est le siége rend impossible son renversement ; néanmoins à travers le cartilage tarse à sa partie interne, on sent un noyau dur très manifeste. Le bubon pré-auriculaire a disparu ; il ne reste qu'un peu d'adénopathie rétro-maxillaire. L'étiologie de ce chancre est difficile à établir, le malade prétend qu'il n'avait qu'une légère conjonctivite, quand il s'est rendu à la clinique et que ce sont les instruments dont on s'est servi qui l'ont contagionné. Il est plus admissible que le malade, qui a vu une femme « honnête et dont il est absolument sûr » dans les premiers jours du mois d'août a été infecté à cette époque ; car, l'apparition de l'accident primitif au milieu de septembre et les accidents cutanés dans les premiers jours de novembre coïncident avec cette hypothèse.

Observation VIII

Publiée par David Debeck et rapportée dans les *Annales de syphiligraphie* de 1887.

CHANCRE DE LA CONJONCTIVE CHEZ UN JEUNE HOMME de 26 ans.

Ce malade présentait des symptômes de conjonctivite catarrhale et de blépharite de l'œil droit ; en renversant la paupière inférieure on voyait vers le tiers externe de la face interne une curieuse ulcération, qui commençait au bord libre et de là s'étendait sur le cartilage tarse ; elle était régulièrement ovalaire, de trois millimètres sur cinq d'étendue, à bords nettement tracés ; à fond recouvert d'une sécrétion gris-jaunâtre, à base indurée.

CHANCRE DE LA CONJONCTIVE OCCUPANT L'ANGLE EXTERNE DE L'OEIL.

Observation IX

Publiée par M. Sturgis dans *The américain journal of médical sciences*, 1873 en janvier. Traduite de l'anglais.

H. B..., âgé de 22 mois, fut amené vers la fin du mois de mai 1871 chez mon ami le Dr E. G. Loring, pour une curieuse affection siégeant sur la conjonctive de la paupière inférieure droite et à l'angle externe de cet œil. L'observation suivante est due au Dr Loring.

La paupière était tuméfiée et enflammée ; l'angle présentait une fissure. En renversant la paupière inférieure on voyait une petite tumeur d'un brun rouge, qui se transforma rapidement en une ulcération entièrement granuleuse, d'une coloration rougeâtre. A l'origine point d'induration, donc aucune raison de suspecter la syphilis, ce qui explique que les ganglions ne furent même pas examinés.

La mère faisait remonter l'origine de la tuméfaction de la paupière à deux semaines avant l'époque où le Dr Loring avait vu l'enfant. L'ulcération fut à plusieurs reprises touchée avec le nitrate d'argent, mais sans aucun résultat. Vers la fin de juin 1872, l'enfant fut pris d'un accès de fièvre, durant lequel apparut une éruption sur le thorax et l'abdomen. La paupière était rouge, œdématiée et indurée ; l'induration était très manifeste.

En retournant la paupière on voyait une ulcération rouge, granuleuse à la partie inférieure de l'angle externe, que recouvraient par endroits des dépôts opalins ; ces taches marquaient la phase de transition entre la lésion primitive et une plaque muqueuse. Sur le corps, les bras et les jambes, on pouvait voir une roséole dans la période de déclin. La bouche et la langue étaient le siége de plaques muqueuses en pleine évolution.

Convaincu de la nature du mal, j'en recherchai la cause chez la mère, mais l'examen de celle-ci fait à plusieurs reprises ne me permit de découvrir aucune trace de maladie.

Je la questionnai alors au sujet des enfants qui jouaient avec le sien et des personnes qui se trouvaient en rapport avec lui et, j'appris qu'une de ses sœurs qui aimait beaucoup l'enfant avait l'habitude de l'embrasser souvent. Je priai la mère de m'amener sa sœur, ce qui fut fait, mais je n'eus pas plus de succès que dans mes recherches sur la mère. En désespoir de cause je m'informai du père. Après l'avoir vu je ne fus pas plus avancé qu'auparavant, il m'assura qu'il n'avait eu aucune maladie vénérienne dans sa vie et certainement je n'avais aucune raison de douter de sa parole. Je ne pus, en conséquence, jamais découvrir l'origine de la maladie de cet enfant. Je prévins la mère du danger qu'elle courait d'attraper la maladie de son enfant en l'embrassant, et je l'engageai de plus à ne pas le laisser embrasser par d'autres personnes, jusqu'à ce que depuis longtemps il n'eût plus de plaques dans la bouche. Cependant cet avis fut dédaigné et le 13 février 1872 cette dame vint me trouver pour m'annoncer que sa petite fille âgée de six ans, avait une petite plaie sur la joue gauche, laquelle avait débuté peu de temps auparavant comme une papule rouge (ressemblant à une piqûre de puce) comme elle le disait. Je vis l'enfant le 16 du même mois et je trouvai un chancre syphilitique typique.

CHANCRES DE LA CONJONCTIVE SIÉGEANT A L'ANGLE INTERNE DE L'OEIL.

OBSERVATION X

Desmarres. *Traité des maladies des yeux.*

Le 31 juillet 1854 se présente à ma clinique Mme M..., âgée de 34 ans, brodeuse. Elle porte au grand angle de l'œil gauche, dans

l'épaisseur de l'extrémité interne de la paupière supérieure une tumeur de la grosseur de trois grains de chénevis, présentant l'aspect et la forme d'un follicule enflammé, le gonflement des parties voisines est assez considérable, les tissus sont d'un rouge vif, et la partie centrale de la tumeur est beaucoup plus saillante que la circonférence.

La portion de la conjonctive qui l'entoure et tapisse le cul-de-sac est également très rouge ; la caroncule est tuméfiée, l'œil est larmoyant, le toucher et même une pression assez forte ne déterminent aucune douleur. La marche ne donne aucun renseignement satisfaisant sur la cause de l'affection.

Croyant n'avoir affaire qu'à un follicule enflammé, accompagné d'une conjonctivite intense, je me borne à prescrire un collyre de sous-acétate de plomb pour fomentations et des cataplasmes de feuilles de laitues cuites sur l'œil gauche pendant la nuit.

Le 4 août. — La malade revint à la clinique, la partie la plus saillante de la tumeur s'est ulcérée. La perte de substance, de un centimètre environ de large, mesure à peu près tous les diamètres de la tumeur que nous avons décrite. Son aspect est caractéristique : les bords sont taillés à pic, le fond en est rempli par une matière d'un gris jaunâtre tout à fait semblable à celle que l'on rencontre dans les ulcérations syphilitiques primitives. En même temps, je constate un engorgement bien manifeste, non douloureux, sans changement de couleur de la peau, des ganglions lymphatiques pré-auriculaires et sous-maxillaires. Dès lors, il ne reste plus aucun doute et au premier diagnostic je substitue sans hésitation celui-ci : ulcère spécifique de la conjonctive. Les phénomènes inflammatoires étant très aigus, je fais continuer les émollients, mais je prescris en outre de bassiner l'œil sept à huit fois par jour avec le collyre suivant :

sublimé......... 0,05 centig.
eau distillée..... 100 gr. et je fais prendre à la malade une pilule Sédillot matin et soir.

Le 7, l'ulcère est dans le même état. Les gencives sont un peu gonflées, et tout fait craindre un commencement de stomatite mercurielle. On suspend les pilules; gargarisme d'eau d'orge miellée, tisane de salsepareille. Le 9, je fis examiner la malade par M. le Dr Clerc qui reconnaît, en effet, avec moi tous les caractères apparents du chancre dans cet ulcère, mais il ne voulut rien affirmer absolument sur la nature de l'affection avant un nouvel examen répété à quelques jours de distance; il conseilla seulement une médication purement expectante, fomentations émollientes, collyre au borax. Le 24 août, cet honorable confrère nous envoya la malade avec cette note : « rien de suspect aux organes génitaux; la persistance de l'adénite auriculaire et de l'adénite des parois de la bouche est une présomption d'infection constitutionnelle qui, du reste, ne se manifestera guère avant un mois ». Enfin,le 21 septembre, madame M... vient nous voir avec ce diagnostic du Dr Clerc: syphilide papuleuse lenticulaire. La stomatite mercurielle étant complétement guérie depuis plus de trois semaines, la malade est soumise à un traitement par le proïodure de mercure.Le 29 du même mois,l'ulcération de la conjonctive était complétement cicatrisée. La syphilide papuleuse diminuait rapidement de volume, et l'adénite auriculaire semblait en voie d'amélioration. Inutile de dire que les questions les plus pressantes adressées à la malade ne purent amener aucune réponse satisfaisante quant à l'origine de sa maladie.

Observation XI

Publiée par le docteur Galezowski dans le *Journal d'oculistique* de 1872.

Mlle X..., âgée de 30 ans, vint de Saint-Pétersbourg à Paris vers la fin du mois de juin 1870, et pendant ce long voyage, son œil gauche devint malade. A l'angle interne, on remarque un bou-

ton rouge, qu'elle essaya à plusieurs reprises de percer avec une aiguille, ce qui avait déterminé chaque fois une forte hémorrhagie. L'œil ne la faisait point souffrir, mais il était larmoyant et la paupière supérieure se relevait difficilement. Dans le mois de septembre de la même année, elle vint me consulter et voici l'état dans lequel nous avons trouvé son œil. Il n'était point rouge, mais la caroncule lacrymale était gonflée et fortement injectée. La paupière supérieure, abaissée légèrement, conservait néanmoins tous ses mouvements. Un peu au-dessus de l'angle interne et du bord palpébral, on sentait avec les doigts une tumeur, grosse comme une noisette, dure et à bords un peu amincis, mais en même temps bien limités.

Elle était complétement indolente au toucher et n'occasionnait point de douleurs à la malade. Il était impossible à cause de cette tumeur, de renverser la paupière supérieure, mais en la soulevant fortement nous avons pu apercevoir très distinctement une large ulcération, située à la partie intense et supérieure de la conjonctive palpébrale, et qui s'étendait très loin jusque dans le cul-de-sac conjonctival. Il n'y avait presque point de suppuration, l'œil est larmoyant. L'existence d'un chancre infectant, primitif, ne me paraissait pas douteuse, d'autant plus qu'on retrouvait facilement les glandes du cou et les sous-maxillaires notablement engorgées. Pourtant, la malade assurait qu'elle n'avait jamais eu aucune affection syphilitique. Pour m'assurer davantage de la nature de la maladie, j'ai cru utile de l'adresser à M. le Dr Clerc qui m'a fait la réponse suivante : « Je partage entièrement votre opinion sur l'affection de Mlle X..., je pense comme vous qu'il s'agit d'un chancre infectant de la conjonctive ».

Soumise à un traitement mercuriel, elle se sentit bientôt soulagée, malgré l'apparition successive de plusieurs papules et même de tubercules syphilitiques sur la joue. La dose du mercure n'a pu être élevée que lentement, à cause du mauvais état de

l'estomac. Trois semaines après, nous avons vu se déclarer tout d'un coup une forte conjonctivite avec suppuration, qui persista pendant trois semaines. La tumeur de la paupière disparut complétement, mais pendant toute la durée de la conjonctivite, il s'est produit une rétraction de plus en plus grande de la conjonctive, du côté de l'angle interne de l'œil, qui amena vers la fin du mois de décembre, une adhérence du bord interne de la cornée et de la sclérotique. L'œil fut complétement attiré en dedans.

24 décembre. — La malade commence à souffrir de l'œil droit et je constate une iritis, avec un abcès central de la cornée. Je fais appliquer huit sangsues à la tempe droite et je prescris des instillations fréquentes du collyre d'atropine; en même temps je porte la dose du sublimé à 4 centigrammes par jour, sous l'influence de ce traitement, le mal fut arrêté, mais il a fallu continuer le traitement pendant deux mois jusqu'à ce que la cornée ait pu reprendre sa transparence.

8 avril. — Je fis l'opération du symblépharon; cette opération a très bien réussi et l'œil a recouvré sa direction normale, quoiqu'il reste encore un léger degré d'adhérence entre la paupière et l'œil.

Observation XII

Thèse de Dietlen. Erlangen, 1876. Résumée.

Chancre infectant de la conjonctive de l'œil gauche, survenue chez un médecin, trois ou quatre semaines après avoir examiné une femme atteinte de condylomes syphilitiques. Au bout de six semaines, roséole, engorgement ganglionnaire d'abord de la région parotidienne et de la région sous-maxillaire du même côté. Les lésions de l'œil consistèrent en un chémosis intense, une induration considérable et une coloration blanc sale du repli falsiforme dans sa moitié externe, qui devint le siége d'une cicatrice scléreuse, analogue à celles que l'on rencontre au pénis.

Observation XIII

Publiée par M. Hulot dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*

La nommée G..., âgée de 54 ans, couturière, entre le 31 mai 1877, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Ferdinand, n° 13, dans le service du Dr Lallier. Cette femme avait depuis six mois la garde d'un enfant de huit mois, atteint d'une syphilis congénitale (l'enfant a été soigné à la consultation par M. Lallier pour des syphilides cutanées considérables et pour des plaques opalines de la bouche. A la suite d'un traitement par la liqueur de Van Swieten et la pommade au proto-iodure de mercure, son état a été bien amélioré ; et à la fin de mai, c'est à peine s'il lui restait sur le corps des traces de syphilides). Quoique prévenue dès le début du danger qu'elle courait en gardant cet enfant, cette femme a voulu continuer à le soigner.

Il y a environ trois semaines, elle a remarqué sur la paupière droite une tuméfaction assez douloureuse qu'elle compare elle-même à un orgelet. En même temps elle a été prise de faiblesse, de courbature. Tous les soirs et même pendant la nuit la malade ressentait des douleurs de tête et des douleurs dans les membres. État actuel on constate un gonflement très net de la paupière supérieure droite ; l'aspect général de la paupière est bien celui d'un orgelet, dont elle présente la saillie et la rougeur ; mais le gonflement est plus marqué, la rougeur; plus étendue, plus lisse, plus blafarde. En outre, à la pression, on trouve une induration condroïde des plus marquées, et en renversant la paupière, on la voit œdématiée, infiltrée et exulcérée à l'angle externe de l'œil. Pas de troubles fonctionnels. En avant de l'oreille on constate un engorgement très net et peu douloureux du ganglion pré-auriculaire.

Sur tout le corps se présente une syphilide papuleuse presque confluente ; à la nuque il existe quelques lésions papuleuses antérieures à l'affection actuelle ; elles sont dues probablement à de la phthiriase. A la gorge on remarque deux ulcérations dont l'une assez creuse est située au-dessus de l'amygdale gauche.

Traitement spécifique.— 2 juillet. — Le gonflement et l'induration de la paupière ont beaucoup diminué. L'état général est meilleur. L'éruption papuleuse persiste.

4 août. — Il s'est formé une petite ulcération à l'angle interne de la paupière droite. Collyre au nitrate d'argent.

1er septembre.— L'ulcération de l'angle interne de l'œil a totalement disparu. — L'éruption papuleuse est rebelle au traitement.

Observation XIV

Publiée par M. Boucheron dans l'*Union Médicale* du 1er avril 1879.

La malade est une jeune fille de 18 ans, lymphathique, mais cependant forte, bien portante et n'ayant jamais eu d'engorgements ganglionnaires. Elle s'est présentée à ma clinique, il y a deux mois, pour une rougeur de l'œil, datant de quinze jours, l'œil est devenu rouge, à peu près au degré où il est resté pendant deux mois, et, en même temps, des glandes assez volumiueuses se sont montrées du même côté du cou en arrière et au-dessous de la mâchoire inférieure. A un examen rapide, on trouve la conjonctive rouge dans son ensemble, aussi bien dans sa partie palpébrale que dans sa partie oculaire ; l'injection vasculaire est même très développée autour de la cornée. Le repli semi-lunaire est très gonflé et très rouge. Les opinions émises par les élèves qui virent ce jour-là la malade à ma clinique, furent très divergentes.

Pour les uns, c'était une conjonctivite, pour les autres, une iritis ; pour d'autres, des granulations conjonctivales ; ou enfin des accidents causés par la présence d'un corps étranger.

Effectivement, l'aspect de l'œil fournissait quelques éléments à ces diverses appréciations. Il y avait la rougeur générale d'une conjonctive assez intense, l'injection périkératique d'une iritis, l'hypertrophie du repli semi-lunaire qui se trouve dans certains cas de granulations, et, enfin, les manifestations symptomatiques d'un corps étranger, enfoncé dans l'angle interne de l'œil, ne sont pas très différentes de celles que nous avions sous les yeux. L'engorgement ganglionnaire était mis sur le compte de l'état général lymphatique. Mais ces hypothèses diagnostiques ne purent résister à l'examen attentif et détaillé de la région malade.

Voici ce que nous avons constaté ; la conjonctive est rouge dans toute son étendue, sur les paupières, sur le bulbe et même autour de la cornée. Le repli semi-lunaire, rouge, hypertrophié, se montre sous la forme d'un fuseau dont les pointes effilées se recourbent pour se perdre dans les culs-de-sac de la conjonctive. Mais sur le ventre du fuseau existe une rainure verticale, légèrement sineuse, d'une teinte gris-jaunâtre, qui tranche sur le fond rouge-cerise de la masse du repli. Cette rainure paraît être une petite ulcération à bords grisâtres. Un stylet promené le long de la rainure présente à peine de un à deux millimètres et malgré une exploration minutieuse, il n'est point constaté de corps dur, de corps étranger inclus dans cette région, ce qui élimine d'emblée l'une des hypothèses.

Comme il n'y a pas trace de synéchies ; que l'iris sain se meut avec facilité sous l'influence des variations de l'éclairage, il faut repousser l'idée d'une iritis. Il n'y a pas non plus de sensation de graviers, ni sécrétion muco-purulente ; il existe seulement un peu de larmoiement, mais avec ses voies lacrymales libres ; par conséquent nous ne sommes pas en présence d'un catarrhe conjonctival.

Notre diagnostic est chancre du repli semi-lunaire de la conjonctive. Pendant cinq semaines nous avons assisté à l'état sta-

tionnaire du gonflement, de la rougeur et de l'ulcération du repli semi-lunaire. Cette ulcération diminua la première et disparut vers la sixième semaine, tandis que la tuméfaction, la rougeur de la conjonctive, tout en diminuant légèrement, se maintiennent à un degré très notable, plus de deux mois après le début. Si à cette époque vous eussiez pu voir la malade, vous auriez pu vous rendre compte que l'aspect de cette malade n'éveillait guère à première vue l'idée d'un chancre oculaire, et cependant en examinant la poitrine, une éruption confluente de taches de roséole ne vous en eut laissé aucun doute sur le diagnostic. L'examen des organes génitaux a démontré l'absence de toute ulcération suspecte et même la conservation de l'hymen. L'inoculation paraît avoir été produite par un baiser sur l'œil.

Observation XV

(Publiée par le Docteur Richon, médecin major de Première classe dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1881).

G..., vingt-deux ans, soldat d'infanterie, doué d'une bonne constitution, n'a jamais eu ni blépharites, ni accidents syphilitiques. Le 14 février dernier, il remarque un peu de rougeur à l'angle interne de l'œil droit sur le bord libre de la paupière inférieure; bientôt se forma une saillie papuleuse à surface exulcérée, en même temps que l'inflammation s'étendait à la conjonctive environnante.

Les premiers soins consistèrent en applications émollientes avec quelques cautérisations au nitrate d'argent; puis l'ulcération ne guérissant pas et sa base devenant le siége d'une induration notable, le malade fut envoyé à l'hôpital de Belfort le 26 février.

A son entrée dans nos salles, nous voyons sur le point lacrymal inférieur une ulcération grisâtre superficielle un peu saillante, reposant sur une base rouge, luisante, boursouflée et in-

durée, qui occupe toute la moitié interne de la paupière ; la conjonctive, d'une coloration rouge sombre sur la paupière, forme sur toute la moitié inférieure du globe un chémosis rouge, charnu ; ces parties sont le siége d'une sécrétion muco-purulente concrète, peu abondante ; la cornée est intacte ; il n'y a ni photophobie, ni douleur, ni larmoiement.

Cette affection, nettement localisée à l'angle de la paupière dont elle occupait toute l'épaisseur, n'était évidemment ni une conjonctivite inflammatoire ni une blépharite scrofuleuse.

L'insignifiance de l'ulcération relativement à l'étendue de l'engorgement de sa base, le chémosis limité à la moitié inférieure de la conjonctive avec intégrité absolue de la cornée, enfin l'insensibilité de l'œil à la lumière, constituaient un groupe de signes ne rappelant aucune des maladies communes de la région ; nous ne songeâmes pas d'abord à une lésion syphilitique, et la détermination du diagnostic dut être ajournée.

Nous fîmes provisoirement des fomentations émollientes, quelques scarifications du bourrelet conjonctival, et à partir du 10 mars, des applications de pommade au précipité jaune.

Le 15. — L'apparition au-dessus et au-dessous de l'angle du maxillaire de deux petits ganglions durs, roulants et indolents, nous mit sur la voie du diagnostic réel en nous faisant penser à un chancre induré.

Le malade nous dit alors que le 7 janvier, cinq semaines environ avant d'être malade, il avait vu une femme qu'il ne connaissait pas et se souvient très nettement d'avoir été embrassé par elle sur l'œil à plusieurs reprises.

Le diagnostic fut bientôt confirmé par l'apparition précoce des accidents secondaires.

Le 23 février. — Le malade se plaignit d'une céphalée extrêmement violente, occupant tout le sommet de la tête, puis, le surlendemain, de douleurs dans les tibias à exacerbations nocturnes

et de courbature généralisée avec perte du sommeil et de l'appétit.

L'ulcération était déjà cicatrisée, mais une induration cartilagineuse volumineuse avait progressivement envahit toute la paupière et la maintenait renversée en dehors.

Nous prescrivîmes à partir du 24, l'iodure de potassium à dose rapidement croissante pour atténuer au plus vite les douleurs ; la céphalée se calme le 28, les douleurs tibiales le 31, la courbature persista jusqu'au 8 avril; l'iodure de potassium avait été supprimé cinq jours auparavant, et le proto-iodure de mercure administré dès le 29 mars à dose croissante de 5 à 10 centigrammes.

Le début des accidents secondaires est marqué, le 2 avril, par l'apparition d'une roséole papuleuse, confluente sur le tronc et discrète sur les membres; le 4, nous voyons quelques boutons d'impétigo sur le cuir chevelu, de petites ulcérations à la lèvre supérieure et un point circonscrit très douloureux de périostite du tibia droit, un peu au-dessous et en dedans de la tubérosité antérieure.

L'influence du traitement se manifeste dès le 8 avril, la courbature se dissipe progressivement, le sommeil revient, l'induration palpébrale se résorbe peu à peu, le chémosis s'efface et l'œil s'ouvre plus facilement ; enfin la roséole pâlit sensiblement.

Le 12. — La périostite n'est plus douloureuse, et tous les accidents, malgré leur allure menaçante au début, paraissent devoir céder avec rapidité.

Les cheveux commencent à tomber.

Le 22. — Le traitement mercuriel est interrompu en raison de l'apparition d'une stomatite.

A cette époque, l'induration n'occupe plus que l'angle interne de la paupière, la peau est encore rouge cuivré, le chémosis est effacé, les deux ganglions ont presque disparu, ainsi que la roséole et l'impétigo.

Toutefois il reste le long du tibia un peu de douleur, sensible surtout le soir après la marche de la journée et une anémie spécifique assez accentuée donnant lieu vers le 1er mai à des symptômes d'héméralopie.

Nous instituons alors un régime réparateur, associé au vin de quinquina, à l'huile de foie de morue et au sirop de fer.

Le 15 mai.— Tous les accidents ont disparu, à part quelques ulcérations qui reviennent de temps à autre sur les lèvres, les amygdales et le larynx ; des cautérisations légères et des insufflations de calomel ont raison de ces dernières manifestations et le malade sort le 29 dans un état satisfaisant.

Le siége de la lésion est encore marqué par une faible rougeur du bord palpébral et par une petite cicatrice allongée comprenant le point lacrymal inférieur oblitéré.

Observation XVI

Publiée dans les *Annales de syphiligraphie* de 1887 par le rapporteur d'un travail sur le chancre des paupières.

Un petit garçon de 2 ans environ, nous fut envoyé par notre excellent collègue et ami, M. le Dr Parinaud, pour une ulcération persistante de l'angle interne de l'œil gauche. Cette ulcération qui datait de plus d'un mois déjà, occupait toute la caroncule lacrymale ; elle était peu profonde, à bords à peine marqués à fond jaunâtre ; grâce à sa position elle avait la forme générale d'un fer à cheval ; elle reposait sur une base nettement indurée et était entourée d'une zone rouge de plusieurs millimètres de diamètre, paraissant inflammatoire au premier abord, mais que l'on reconnaissait au toucher pour être constituée par une induration profonde des plus accentuées. On trouvait un ganglion pré-auriculaire gauche des plus nets et des ganglions sous-maxillaires. L'aspect de la lésion, sa longue durée, son évolution ultérieure,

car elle se cicatrisa et disparut peu à peu sous l'influence d'une pommade à l'oxyde de zinc — ne permettaient pas le moindre doute sur sa nature et d'ailleurs le diagnostic du Dr Parinaud avait été comme le nôtre, chancre syphilitique. Mais il nous a été absolument impossible de découvrir le mode de contagion. Le père, la mère, la petite sœur du malade étaient sains, et l'enfant n'avait jamais, nous a-t-on affirmé, quitté sa famille ni subi de contacts suspects.

Observation XVII

Publiée par MM. Lavergne et Perrin dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Recueillie dans le service de M. le professeur Fournier.

X... Ernest, cocher, 40 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 21 mars 1883, salle Saint-Louis, lit n° 3. Pas d'antécédents morbides. Luxations de l'épaule droite il y a vingt ans. Depuis cette époque, douleur articulaire, s'exaspérant avec les temps humides. Pas d'alcoolisme. Pas de maladies vénériennes avant l'affection actuelle. Celle-ci remonte comme début à la première quinzaine de janvier 1883. A cette époque, le malade s'est aperçu d'un peu de rougeur dans l'angle interne de l'œil. Le 8 février, il est allé à la clinique du Dr Galezowski qui lui a ordonné des badigeonnages au nitrate d'argent et des pilules, de composition ignorée du malade. Ce traitement a été continué jusqu'aujourd'hui. Les ganglions affectés et que nous décrirons plus loin n'ont été aperçus par le malade que vers le milieu de février. Il y a eu, au dire du malade, un peu d'œdème des paupières. Pas de céphalée, pas d'alopécie. Insomnie depuis une huitaine de jours. Le malade est marié, sa femme est très saine et très bien portante.

État actuel. — Cheveux très clairs, au sommet du crâne et au niveau du frontal deux larges placards presque dépourvus de cheveux. Cette alopécie date de vingt ans (maladie aiguë). Pas de ganglions occipitaux.

Dans l'angle interne de l'œil droit on voit deux bourrelets chémosiques faisant partie de la conjonctive oculaire. Le bourrelet le plus externe est allongé, rougeâtre et a la forme d'un croissant, dont la concavité s'adopte sur la convexité du globe oculaire, dont les deux extrémités supérieure et inférieure se perdent dans les culs-de-sac conjonctivaux du même nom. Entre lui et la cornée la conjonctive est injectée, un peu boursouflée et empiète sur la cornée. Le bourrelet le plus interne s'insinue dans la caroncule qu'il remplit entièrement, il est plus triangulaire ; son sommet regarde en dehors et sa base se repose sur le globe oculaire. Entre les deux se voit un sillon surtout marqué à la partie inférieure.

Leur contour est d'un rouge pâle et une fine autorisation vasculaire se voit à leur surface. Le globe oculaire tout entier est injecté et baigné par un liquide jaunâtre contenant quelques flocons jaunâtres. Pas de troubles de la vue. Le malade relève incomplétement la paupière supérieure. Elle n'est point œdématiée. La base du double bourrelet est très manifestement indurée. Au niveau du lobe de l'oreille droite, ganglion de la grosseur d'une noix, dure, indolent, phlegmasique, peu mobilisable en tous sens. Sous l'angle de la mâchoire du même côté, deuxième et troisième ganglions plus petits. Syphilides opalines commençant à la face interne des amygdales. Roséole du thorax, des bras, du tronc et de l'abdomen. Quelques syphilides papuleuses disseminées. Pas de ganglions dans l'aine gauche. Quelques-uns excessivement petits dans l'aine droite. La roséole ne dépasse pas la racine des cuisses. L'examen le plus minutieux de tout le reste du corps ne révèle rien, langue sale; bon appétit, fonctions digestives normales. Enrouement quatre ou cinq jours; tousse depuis le même temps.

Rien au poumon, rien aux viscères. Le malade ne peut nous donner aucun renseignement sur l'origine possible de son chancre. oculaire.

Traitement. — Deux pilules de proto-iodure. — Gargarisme au chlorate de potasse.

Le 7 avril 1883 le malade quitte l'hôpital, à ce moment nous étions absents du service et nous n'avons pu constater son état actuel.

CONCLUSIONS

1° Le chancre induré syphilitique de la conjonctive est une affection rare ;

2° Les médecins et les sages-femmes en sont plus souvent atteints que les autres ;

3° Le chancre syphilitique de la conjonctive peut revêtir deux formes bien distinctes : 1° la forme érosive ; 2° la forme ulcéreuse profonde et à bords taillés à pic ;

4° La présence d'un ganglion pré-auriculaire engorgé dur, indolent et mobile, accompagnant une ulcération conjonctivale récente est pathognomonique d'un chancre syphilitique de cette région ;

5° Le diagnostic entre le chancre et la gomme ulcérée chancriforme peut présenter des difficultés insurmontables.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE

Vu, par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine.